

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE LULING

NIVEL II _____

NOTA: SE DEBE COMPLETAR LA FORMA DEL PRIMER NIVEL

Marque una: _____ Queja de Padre/Alumno (FNG) _____ Queja del Trabajador (DGBA) Pólizas disponibles en línea en www.luling.txed.net

FOR OFFICE USE ONLY Date received by district _____ Received by _____ Copies to _____ _____ Conference to be held by _____
--

PRIMERO
Favor de Imprimir (letra en molde)

- Nombre _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código postal: _____
 Número de Teléfono: _____
- Escuela/Departamento _____
 Si trabajador, su posición: _____
- Describa su objeción a la decisión a la cual esta apelando. Sea específico. Incluya una copia de las peticiones y respuesta a niveles bajos.

- Si usted será representado en su presentación, favor de identificar a ese individuo u organización.
 Nombre _____
 Dirección _____
 Teléfono _____
- Firma: _____ Fecha _____